

Cartas al Director

La competencia cultural como herramienta para la atención sanitaria a la población inmigrante***Cultural competence as a tool for the healthcare of the immigrant population***

Sr. Director:

La presente carta se propone llamar la atención sobre la cultura como determinante de salud y utilización de servicios, y sobre la competencia cultural como herramienta para la atención sanitaria.

Hay¹ estudios que demuestran que la cultura es fundamental tanto en las causas y la evolución del proceso de enfermar como en la efectividad de los sistemas de curación. Está relacionada con la interpretación de la enfermedad y del profesional, interactuando en múltiples niveles del sistema de cuidados de la salud.

La diversidad cultural ha influido en la medicina occidental y en cómo los servicios de salud de los países se han adaptado a los cambios en sus sociedades. Si tomamos por ejemplo la psiquiatría, la provisión de servicios de salud mental ha seguido diferentes modelos que reflejan los patrones específicos de migración del país y su concepto de ciudadanía².

La utilización de servicios por parte de la población inmigrante en nuestro país ha sido muy bien tratada en el monográfico de Gaceta Sanitaria sobre inmigración y salud de diciembre de 2009. Mirando otros países vemos, por ejemplo, que en Canadá las encuestas de salud indican una provisión de servicios suficiente a la población inmigrante, mientras que otros como Holanda e Inglaterra reflejan inequidades en el acceso a los servicios de salud³.

La literatura médica estadounidense ha documentado disparidades étnicas en los cuidados de la salud (independientemente de la situación clínica, el lugar de tratamiento, el aseguramiento y los factores socioeconómicos), encontrando evidencias de que los comportamientos de los proveedores contribuyen a estas desigualdades⁴. La raza/etnia puede influir en las creencias y expectativas del profesional al aplicar estereotipos, y éste puede, de manera intencionada o no, comunicar menores expectativas, recomendar menos actividades preventivas y proporcionar menos acceso a tratamientos o servicios. No se dispone de estudios sobre este tema en España, pero en nuestra opinión es un factor que también debería considerarse en nuestro medio a la hora de buscar hipótesis que expliquen las diferencias en la utilización de recursos.

La competencia cultural ha emergido como una estrategia para mejorar el sistema e intentar disminuir estas desigualdades. El modelo americano, además de la competencia cultural clínica, enfatiza las competencias institucionales y estructurales.

Desde el punto de vista clínico, la barrera surge cuando el profesional no es capaz de apreciar, explorar y aceptar las diferencias culturales entre él y su paciente. Hay varios modelos de aprendizaje de medicina transcultural y de competencia cultural que comparten ciertos componentes básicos. Para

empezar, el profesional de la salud debe ser sensible a su propia identidad cultural, analizando sus creencias y valores, y sus actitudes sobre el pluralismo cultural. También es importante ser consciente de nuestra «cultura profesional», de cómo el modo en que hemos aprendido y practicamos la medicina está influido por la cultura dominante de la cual formamos parte, ya que la percepción de nuestra predisposición es esencial para negociar las interacciones transculturales. La competencia cultural se basa en implementar los principios de los cuidados centrados en el paciente⁵, siendo conscientes de los factores culturales.

En España, los profesionales sanitarios sienten dificultades en el trato de los pacientes inmigrantes, destacando las diferencias culturales como causa. Desde hace años se llevan a cabo, de manera no uniforme, diferentes acciones: elaboración de materiales en diversos idiomas y servicios de traducción para superar las barreras de comunicación e información; formación mediante cursos sobre atención al inmigrante y cursos centrados en aspectos culturales; publicación de artículos sobre competencia cultural; aparición del mediador intercultural en la salud e implementación de unidades de mediación sanitaria, tanto en atención primaria como en especializada; intervenciones a través de planes estratégicos de diferentes organismos, etc. A pesar de ello, las necesidades de los profesionales sanitarios en la atención a la población inmigrante siguen siendo las mismas, y están muy bien reflejadas en otro artículo de Gaceta Sanitaria a cuyas conclusiones remitimos⁶.

Aunque se trata de un tema complejo, no queremos desaprovechar la oportunidad para aportar una pincelada al respecto y animar a nuestros compañeros, y a nosotros mismos, a investigar, escribir y leer sobre la cultura y la salud.

Bibliografía

1. Helman, C. Culture, Health and Illness. Londres: Ediciones Hodder Arnold; 2007.
2. Kirmayer LJ, Minas H. The future of cultural psychiatry: an international perspective. *Can J Psychiatry*. 2000;45:438–46.
3. Carrasco-Garrido P, De Miguel A, Hernández Barrera V, et al. Health profiles, lifestyles and use of health resources by the immigrant population resident in Spain. *Eur J Public Health*. 2007;17:503–7.
4. Van Ryn M, Fu SS. Paved with good intentions: do public health and human service providers contribute to racial/ethnic disparities in health? *Am J Public Health*. 2003;93:248–55.
5. Carrillo E, Green A, Betancourt JR. Cross-cultural primary care. A patient-based approach. *Ann Intern Med*. 1999;130:829–34.
6. Vázquez Navarrete ML, Terraza Núñez R, Vargas Lorenzo I, et al. Necesidades de los profesionales de salud en la atención a la población inmigrante. *Gac Sanit*. 2009;23:396–402.

Victoria García Espinosa* e Isabel Prieto Checa

Atención primaria, Miembros del Grupo de Trabajo de Atención al Inmigrante de la Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria, Madrid, España

*Autora para correspondencia.

Correo electrónico: vgespino@gmail.com (V. García Espinosa).